

☐ 他の課で確認済
☐ 個人番号カード
☐ パスポート
☐ 個人番号通知カード
☐ 年金手帳
☐ 別紙により確認

☐ 運転免許証等
☐ 住基カード（有・無）
☐ 身体障害者手帳
☐ 資格確認書（国・後）
☐ 介護保険被保険者証
☐ その他（ ）

令和 年 月 日

美 浜 町 長 様

※申請者(窓口に来た人等)の本人確認ができる証明書が必要です。

※本人または同一世帯の家族以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。

申 請 者	住 所			
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
	電話番号		年 月 日	
	対象者との関係	☐ 本人（乳幼児予防接種の申請者は保護者とし、対象児の氏名を右に記入して下さい。 _____） ☐ 同一世帯の家族（ _____） ☐ 代理人 ※委任状が必要です（任意様式も可）		

※対象者が申請者と同じ場合は、記載不要です。

対 象 者	住 所			
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日

◆再交付を申請する証書等 (必要な証書の□にチェックを入れてください。)

- ☐ 妊婦健康診査受診票
- ☐ 予防接種依頼書等（必要な予防接種名： ）
- ☐ 国保特定健診・各種がん検診受診券
- ☐ 上記に記載がないもの（ ）